

Helsana-Gruppe
Data Service Center IL
Postfach
8081 Zürich

Überweisungsmeldung

Versicherte Person

_____	Name
Geburtsdatum _____	Vorname _____
Versicherten-Nr. _____	Strasse, Nr. _____
_____	PLZ, Ort _____

- Es handelt sich um eine einmalige Überweisung (gilt für 3 Monate).
- Es handelt sich um eine Dauerüberweisung (gilt für 1 Jahr).
- Es handelt sich um einen Notfall.

_____	_____
Überweisungsdatum _____	_____
Überwiesen an _____	_____
Name, Vorname, PLZ, Ort _____	_____

_____	_____
ZSR-Nr. (falls vorhanden) _____	_____

_____	_____
Bemerkung / Dauer _____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

_____	_____
Ort, Datum _____	Stempel, Unterschrift Arzt _____

_____	_____
_____	_____

GRATIS Fax 0800 855 855